

© Галаяутдинова А.Н., 2025, © Бортникова К.К., 2025,  
 © Седелкова В.А., 2025, © Закуражная В.И., 2025,  
 © Морозова А.Ю., 2025, © Петелин Д.С., 2025,  
 © Тихонова Ю.Г., 2025, © Кинкулькина М.А., 2025,  
 © Волель Б.А., 2025

ОРИГИНАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

УДК/UDC: 616.89-008.454

<https://doi.org/10.30629/2618-6667-2025-23-3-16-27>

## Роль личностных и средовых факторов в формировании клинических вариантов униполярных депрессивных расстройств

Галаяутдинова А.Н.<sup>1</sup>, Бортникова К.К.<sup>1</sup>, Седелкова В.А.<sup>1</sup>, Закуражная В.И.<sup>2</sup>, Морозова А.Ю.<sup>2,3</sup>, Петелин Д.С.<sup>1</sup>, Ю.Г. Тихонова<sup>1</sup>, Кинкулькина М.А.<sup>1</sup>, Волель Б.А.<sup>1,4</sup>

<sup>1</sup>ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» (Сеченовский университет), Москва, Россия

<sup>2</sup>ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница №1 им. Н.А. Алексеева Департамента здравоохранения города Москвы», Москва, Россия

<sup>3</sup>ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Москва, Россия

<sup>4</sup>ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия

Автор для корреспонденции: Айсилу Наиловна Галаяутдинова, [aysylu.gamirova@gmail.com](mailto:aysylu.gamirova@gmail.com)

### Резюме

**Обоснование:** определение роли специфических средовых и личностных факторов в развитии депрессий неоднократно становилось предметом изучения, однако их значимость получала различную оценку. **Цель исследования** — изучить роль личностных и средовых факторов в формировании клинических типов депрессивных расстройств. **Пациенты и методы:** в исследование включены пациенты, проходившие лечение в клинике нервных болезней им. А.Я. Кожевникова, Клинике психиатрии им. С.С. Корсакова и Психиатрической клинической больницы №1 им. А.А. Алексеева в период с мая 2021 по апрель 2024 г. Верификацию диагноза и определение типа депрессивного расстройства осуществляли в ходе клинического интервью согласно диагностическим критериям депрессий в DSM-5 (меланхолический, тревожный, атипичный тип). Выраженность депрессивных симптомов оценивалась с помощью шкалы депрессии Гамильтона (Hamilton Depression Rating Scale, HDRS). Для определения социально-демографических данных и особенностей раннего развития использовали данные анкетирования, которые дополняли данными психометрических методик. Анализ личностных характеристик пациентов проводили с применением Структурированного опросника личности (SCID-II, Personality Disorder Traits, SCID-II-PD). **Результаты:** Выборку из 120 пациентов ( $n = 120$ ) разделили на три группы по типу депрессии: меланхолический ( $n = 40$ ; 33%), тревожный ( $n = 44$ ; 37%) и атипичный ( $n = 36$ ; 30%). В группе пациентов с меланхолической депрессией чаще отмечены личностные акцентуации кластера А (шизоидный, шизотипический;  $n = 17$ ; 43%) и С (избгающий, зависимый;  $n = 18$ ; 45%), среди пациентов с тревожной депрессией — акцентуация кластера С (избгающий;  $n = 29$ ; 66%), у пациентов с атипичной депрессией — акцентуация кластера В (гистрионный;  $n = 29$ ; 81%). Установлена взаимосвязь между типом депрессии и показателями рейтинговой шкалы социальной адаптации Холмса–Рея (SRRS), ( $\chi^2 = 7,981, p = 0,018$ ), количеством браков ( $\chi^2 = 7,530, p = 0,023$ ), возрастом пациента, когда его семья стала неполной ( $\chi^2 = 8,193, p = 0,017$ ), и числом собственных детей ( $\chi^2 = 4,818, p = 0,09$ ). **Выводы:** личностные и средовые факторы играют значимую роль в формировании подтипов униполярной депрессии. Выявленные акцентуации личностных черт определяют особенности эмоциональных и поведенческих реакций пациентов при разных типах депрессии. Семейные факторы, такие как одинокое проживание, наличие детей и др., могут служить индикаторами при разработке наиболее эффективных стратегий терапевтического вмешательства и персонализированной поддержки пациентов с депрессивным расстройством.

**Ключевые слова:** депрессивное расстройство, меланхолическая депрессия, тревожная депрессия, атипичная депрессия, средовые факторы, личностные факторы

**Для цитирования:** Галаяутдинова А.Н., Бортникова К.К., Седелкова В.А., Закуражная В.И., Морозова А.Ю., Петелин Д.С., Тихонова Ю.Г., Кинкулькина М.А., Волель Б.А. Роль личностных и средовых факторов в формировании клинических вариантов униполярных депрессивных расстройств. *Психиатрия*. 2025;23(3):16–27. <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2025-23-3-16-27>

RESEARCH

<https://doi.org/10.30629/2618-6667-2025-23-3-16-27>

## The Role of Personality and Environmental Factors in the Formation of Clinical Variants of Unipolar Depressive Disorders

Aysylu N. Galyautdinova<sup>1</sup>, Ksenia K. Bortnikova<sup>1</sup>, Valentina A. Sedelkova<sup>1</sup>, Valeria I. Zakurazhnaya<sup>2</sup>, Anna Yu. Morozova<sup>2,3</sup>, Dmitry S. Petelin<sup>1</sup>, Yulia G. Tihonova<sup>1</sup>, Marina A. Kinkul'kina<sup>1</sup>, Beatrisa A. Volel<sup>1,4</sup>

<sup>1</sup>Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), Moscow, Russia

<sup>2</sup>N.A. Alekseyev Psychiatric Hospital No. 1, Moscow, Russia

<sup>3</sup>Serbsky National Medical Research Center for Psychiatry and Narcology, Moscow, Russia

<sup>4</sup>FSBSI Mental Health Research Centre, Moscow, Russia

Corresponding author: Aysylu N. Galyautdinova, [aysylu.gamirova@gmail.com](mailto:aysylu.gamirova@gmail.com)

## Summary

**Background:** disclosure of specific environmental and personality factors of depression development was an object of many studies, but without consensus on their importance. **The aim** was to study the role of personality and environmental factors in the formation of subtypes of depressive disorders. **Patients and Methods:** the study made up in-patients treated from May 2021 to April 2024. Diagnostic verification and typology of depressive disorders were performed according to the DSM-5 diagnostic criteria (melancholic, anxious, atypical type). The severity of depressive symptoms was assessed using the Hamilton Depression Rating Scale (HDRS). Questionnaire data were used to determine socio-demographic data and features of early development. The SCID-II Personality Disorder Traits Structured Personality Questionnaire (SCID-II-PD) was used to analyse the personality characteristics of the patients. **Results:** a total of 120 patients ( $n = 120$ ) were divided into three groups by type of depression: melancholic ( $n = 40$ ; 33%), anxious ( $n = 44$ ; 37%), and atypical ( $n = 36$ ; 30%). In patients with melancholic depression, accentuations of cluster A (schizoid, schizotypal;  $n = 17$ ; 43%) and C (avoidant, dependent;  $n = 18$ ; 45%) more often prevailed, with anxious depression — accentuations of cluster C (avoidant;  $n = 29$ ; 66%), with atypical depression — accentuations of cluster B (histrionic;  $n = 29$ ; 81%). There was a correlation between type of depression and scores on the Holmes- Rahe Stress Scale (Social Readjustment Rating Scale, SRRS), ( $\chi^2 = 7.981, p = 0.018$ ), number of marriages ( $\chi^2 = 7.530, p = 0.023$ ), patient's age when their family became incomplete ( $\chi^2 = 8.193, p = 0.017$ ), and the number of their own children ( $\chi^2 = 4.818, p = 0.09$ ). **Conclusion:** the identified accentuations of personality traits highlight the specifics of patients' emotional and behavioural reactions depending on the subtype identified. Socio-demographic variables such as family structure and number of children, living alone, birth trauma and smoking have also been found to be associated with type of depressive disorder. These factors may serve as indicators for clinicians to develop more effective intervention and personalised support strategies for patients with depressive disorders.

**Keywords:** depressive disorder, melancholic depression, anxious depression, atypical depression, environmental factors, personality factors

**For citation:** Galyautdinova A.N., Bortnikova K.K., Sedelkova V.A., Zakurazhnaya V.I., Morozova A.Yu., Petelin D.S., Tihonova Yu.G., Kinkul'kina M.A., Volel B.A. The Role of Personality and Environmental Factors in the Formation of Clinical Variants of Unipolar Depressive Disorders. *Psychiatry (Moscow) (Psikhiatriya)*. 2025;23(3):16–27. (In Russ.). <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2025-23-3-16-27>

## ВВЕДЕНИЕ

Клиническая картина и динамика униполярной депрессии в существенной степени варьируется у разных пациентов, что создает особую сложность в понимании и лечении этого расстройства [1]. В настоящее время существует несколько подходов к синдромальной классификации депрессивных эпизодов. В отечественной психиатрии традиционным считается подход, основанный на так называемой модальности аффекта и предполагающий выделение тоскливых, тревожных и апатических депрессий [2, 3]. В зарубежных классификациях после нескольких десятилетий отказа от синдромального деления отчасти восстановлена клиническая дифференциация депрессий. Согласно диагностическому руководству DSM-5 [4] выделяют варианты депрессий, обнаруживающие сходство с отечественной систематикой: меланхолический тип характеризуется выраженными симптомами пониженного настроения, потерей интереса к жизни и утратой энергии; тревожный тип, напротив, сопровождается чувством постоянной тревоги и беспокойства; вместо апатического типа выделяют атипичную депрессию, которая обнаруживает довольно много отличий и характеризуется изменениями аппетита и сна, повышенной чувствительностью к отвержению и социальной изоляцией.

Важным аспектом гетерогенности клиники и динамики депрессивных расстройств предположительно являются клиничко-биологические факторы заболевания, которые включают в себя личностные, генетические и эпигенетические факторы, а также факторы внешней среды (особенности перинатального развития, воздействие стресса и др.) [5–10]. Эти факторы могут оказывать значительное влияние на возникновение

и течение депрессии, придавая уникальные черты клиническим типам [11, 12].

Несмотря на значительный пул накопленных данных, до сих пор достоверно неизвестно, какие из факторов играют значимую роль в формировании отдельных вариантов депрессии.

**Цель исследования** — выявить специфические личностные и средовые факторы, влияющие на развитие клинических вариантов униполярной депрессии, и оценить их вклад. Изучение этих факторов позволит лучше понять механизмы развития и течения депрессивных расстройств, а также разработать более эффективные методы диагностики и лечения, тем самым улучшая прогноз и минимизируя негативные последствия данного заболевания.

## ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ

Настоящее исследование было многоцентровым и проводилось на пациентах, проходивших лечение в период с мая 2021 г. по апрель 2024 г. в психотерапевтическом отделении Клиники нервных болезней им. А.Я. Кожевникова, общепсихиатрическом отделении Клиники психиатрии им. С.С. Корсакова, одном из женских отделений и в отделении первого психотического эпизода Психиатрической клинической больницы №1 им. А.А. Алексеева.

### Этические аспекты

Все участники исследования подписали добровольное информированное согласие на участие в программе. Проведение исследования соответствовало положениям Хельсинкской декларации 1964 г., пересмотренной в 1975 и 2024 г., и одобрено Локальным Этическим комитетом ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России

(Сеченовский Университет) (протокол №07-21 от 28.04.2021).

### Ethic aspects

All examined participants of study signed the informed consent to take part in a study. This study complies with the Principles of the WMA Helsinki Declaration 1964, amended in 1975, 2024. The research protocol was approved by Local Ethical Committee of Sechenov University (protocol No. 07-21 from 28.04.2021).

Отбор пациентов проводился после оценки соответствия установленным ниже критериям включения/исключения.

Критерии включения пациентов:

- возраст не менее 18 лет и не более 65 лет;
- соответствие клинической картины диагностическим критериям униполярных депрессивных расстройств по МКБ-10 (F32, F33, F34.1) и DSM-5 (296.2, 296.3, 300.4).

Критерии невключения:

- наличие неврологического или психического заболевания неаффективного спектра: зависимость от психоактивных веществ (кроме никотиновой) в течение последних 6 месяцев, органическое расстройство (F06), расстройства шизофренического спектра (F2), невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства (F4);
- наличие патологии аффективного спектра, протекающей с маниями/гипоманиями: биполярное аффективное расстройство (F31) и циклотимия (F34.0);
- наличие психотической симптоматики;
- беременность;
- недостаточное владением языком или выраженные формальные расстройства мышления;
- отсутствие подписанного информированного согласия.

Верификация диагноза и типология депрессивных расстройств проводилась в ходе развернутого клинического интервью на основании ведущей симптоматики согласно диагностическим критериям униполярных депрессивных расстройств по МКБ-10 и DSM-5 (меланхолический, тревожный, атипичный тип). Две диагностические системы использовались для повышения точности и воспроизводимости результатов исследования, так как DSM-5 широко применяется во всем мире с исследовательскими целями.

Каждому пациенту для определения социо-демографических данных и особенностей раннего развития предоставлена индивидуальная регистрационная карта с указанием пола, возраста, этнической принадлежности, образования, семейного положения, данных родительской семьи, наличия вредных привычек, употребления алкоголя и психоактивных средств, наследственной отягощенности по психическим заболеваниям, наличия коморбидных неврологических расстройств и черепно-мозговых травм в анамнезе.

Результаты клинического обследования дополнялись данными психометрических методик для выявления дополнительных особенностей личности и определения уровня стрессовых событий у пациентов за последний год:

- Шкала нейротизма Краткого опросника личности Айзенка (H. Eysenck Personality Questionnaire, Revised; EPQ-R) [13].
- Опросник стрессовых событий жизни (Holmes and Rahe Stress Scale) [14].

Для анализа личностных характеристик пациентов использовался Структурированный опросник личности (Structured Clinical Interview for axis II personality disorders) (SCID-II-PD) [15], оценивающий черты избегающего, зависимого, обсессивно-компульсивного, пассивно-агрессивного, депрессивного, параноидного, шизотипического, шизоидного, гистрионного, нарциссического, пограничного и антисоциального типов. Эти акцентированные черты в свою очередь были объединены в три кластера: Кластер А (параноидные, шизоидные и шизотипические), Кластер В (антисоциальные, депрессивные, пограничные, гистрионные и нарциссические) и Кластер С (избегающие, зависимые, обсессивно-компульсивные и пассивно-агрессивные).

Выраженность депрессивных симптомов оценивалась с помощью шкалы депрессии Гамильтона (Hamilton Depression Rating Scale, HDRS) [16].

Статистическая обработка результатов проводилась с использованием программы IBM SPSS Statistics v22 (разработчик — «IBM Corporation», США). Для обобщенного представления анализируемых параметров использовались показатели описательной статистики (средние, стандартные отклонения, частоты); для проверки гипотез о значимости различий при сопоставлении качественных переменных (средовых факторов и анамнестических данных) в независимых выборках (пациентов с разным видом депрессии) — критерий  $\chi^2$  Пирсона; для сравнения средних количественных переменных в независимых выборках — непараметрический Н-критерий Краскела–Уоллиса. Взаимосвязь количественных признаков оценивалась корреляционным анализом Спирмена. Различия считались статистически значимыми при  $p < 0,05$ .

## РЕЗУЛЬТАТЫ

В исследовании приняло участие 120 пациентов ( $n = 120$ ), соответствующих критериям включения. Итоговая выборка была представлена респондентами обоего пола с преобладанием женщин (мужчин — 26; 22%). Большая часть испытуемых находилась в возрастном диапазоне от 22 до 40 лет со средним возрастом 36 лет ( $Me = 36,12$ ;  $SD = 13,87$ ;  $min = 18$ ;  $max = 67$ ). Образовательный уровень респондентов в выборке различен и включал людей с неоконченным средним образованием ( $n = 3$ ; 2%), средним образованием ( $n = 7$ ; 6%), средним специальным образованием ( $n = 19$ ; 16%), неоконченным высшим образованием

( $n = 12$ ; 10%), студентов ВУЗа ( $n = 23$ ; 19%) и людей с высшим образованием ( $n = 56$ ; 47%), которые составили большую часть выборки. На момент прохождения исследования 47% респондентов не состояли в браке ( $n = 57$ ), 37% были в браке ( $n = 44$ ), 4% были вдовами/вдовцами ( $n = 5$ ) и 12% — в разводе ( $n = 14$ ). Исходные социо-демографические параметры выборки представлены в табл. 1.

По результатам клинического интервью выборку разделили на три группы на основании ведущей клинической симптоматики депрессии: меланхолический тип ( $n = 40$ ; 33%), тревожный тип ( $n = 44$ ; 37%) и атипичный тип ( $n = 36$ ; 30%).

Включенные в настоящее исследование пациенты с меланхолическим типом депрессии ( $n = 40$ ) в целом соответствовали описаниям, представленным в научной литературе для данного варианта. В клинической структуре депрессии на первый план выступали такие симптомы как сниженное настроение, ангедония, плаксивость. У большинства пациентов выявляли типичный депрессивный денотат с преобладанием идей малоценности, пессимистического восприятия будущего. Почти половина пациентов ( $n = 19$ ; 47,5%) имела характерный суточный ритм в проявлениях депрессии с ухудшением самочувствия в утренние часы. Подавляющее большинство пациентов ( $n = 36$ ; 90%) отмечали нарушения сна и аппетита, при этом во всех наблюдениях отмечалось снижение аппетита и сокращение продолжительности ночного сна. Ни в одном из наблюдений не было выявлено гиперсомнии и гиперфагии.

При анализе личностных особенностей было обнаружено, что в группе пациентов с меланхолической депрессией чаще встречались акцентуации кластера А ( $n = 17$ ; 43%) и С ( $n = 18$ ; 45%), что может в свою очередь указывать на предрасположенность к конкретным паттернам поведения и эмоциональным реакциям.

Тревожные депрессии ( $n = 44$ ) в рамках настоящего исследования клинически демонстрировали достаточно большую гомогенность. Речь шла о пациентах, которые помимо собственно сниженного настроения также испытывали тревогу диффузного характера, затрагивающую практически все ситуации, с которыми сталкивались пациенты. У всех пациентов настоящей выборки отмечалось сосуществование тревожного и депрессивного аффекта с локализацией тягостных ощущений в прекардиальной области. По сравнению с меланхолическими пациентами в данной группе было более характерно наличие инвертированного суточного ритма ( $n = 19$ , 43%) с ухудшением в вечернее время за счет нарастания анксиозной симптоматики. Инсомния и снижение аппетита были сопоставимы по своей частоте с группой меланхолической депрессии ( $n = 37$ , 84%). Гиперсомнии и гиперфагии в настоящей выборке выявлено не было.

У пациентов с тревожным типом депрессии наиболее часто встречались акцентуации кластера С ( $n = 29$ ; 66%). Эти больные испытывали выраженное чувство тревоги и беспокойства, что создавало значительный

**Таблица 1.** Исходные социо-демографические параметры выборки

**Table 1** Basement social and demographic parameters of sample

	Количество пациентов/ Number, абс (%)
Пол/sex: – женский/f – мужской/m	94 (78%) 26 (22%)
Образование/Education: – неоконченное среднее/incomplete secondary education – среднее/secondary – среднее специальное/secondary special – неоконченное высшее/incomplete higher education – актуальное обучение в вузе/student – высшее/higher education	3 (2%) 7 (6%) 19 (16%) 12 (10%) 23 (19%) 56 (47%)
Семейное положение/Marital status – не в браке/not married – в браке/married – вдова/вдовец/widow – в разводе/divorced	57 (47%) 44 (37%) 5 (4%) 14 (12%)
Итого/Total:	120 (100%)

уровень дискомфорта и напряжения в повседневной жизни. Таким образом, пациенты с меланхолической и тревожной депрессией не только испытывали депрессивные симптомы, но и сталкивались с дополнительными барьерами в получении помощи и поддержке достаточного уровня функционирования. Они чаще избегали социальных контактов, что предположительно вело к дальнейшей социальной изоляции и усугубляло симптомы депрессии.

Клинический вариант атипичной депрессии ( $n = 36$ ) в соответствии с критериями DSM-5 определяли на основании сочетания повышенного аппетита, гиперсомнии, ощущения тяжести в руках и ногах (т.н. «свинцовый паралич») и лабильности настроения с выраженной чувствительностью к межличностным взаимодействиям. По своей структуре данный тип депрессии существенно отличался от меланхолической и тревожной депрессии за счет отсутствия суточного ритма во всех наблюдениях и сравнительно малой представленности стойкой подавленности, идей вины и других когнитивных проявлений депрессии.

В данной группе пациентов существенно преобладали акцентуации кластера В ( $n = 29$ ; 81%). Повышенная чувствительность и страх отвержения у таких пациентов приводили к усилению эмоциональной дисрегуляции и нарушениям поведения, что часто являлось причиной возникновения межличностных проблем.

Количественное распределение отдельных типов личности представлено на диаграмме, что позволяет визуально оценить разницу между исследуемыми группами.

При проверке взаимосвязи средовых факторов с подтипами депрессии была выявлена взаимосвязь на высоком уровне значимости типа депрессии

**Таблица 2.** Проверка гипотезы о взаимосвязи средовых факторов и типа депрессии Н-критерием Краскела–Уоллиса  
**Table 2** Hypothesis testing on interrelation of environmental factors and type of depression (Kruskal–Wallis test)

Вид депрессии/Type of depression		Количество браков/Number of marriages	Наличие детей/Having children	Показатели шкалы Холмса–Рея/Holmes and Rahe Stress Scale score	Возраст неполной семьи/Age of incomplete family
Н-критерий	$\chi^2$	7,530	4,818	7,981	8,193
	Асимптотическая значимость/Asymptotic knowledge	<b>0,023</b>	<b>0,090</b>	<b>0,018</b>	<b>0,017</b>
Атипичская/atypical	Среднее/Mean	0,21	0,21	111,57	2,00
	<i>n</i>	36	36	36	2
	Стандартное отклонение/SD	0,426	0,579	82,391	0,000
Меланхолическая/melancholic	Среднее/Mean	0,63	0,63	217,05	13,25
	<i>n</i>	40	40	40	8
	Стандартное отклонение/SD	0,667	0,807	162,217	4,713
Тревожная/anxious	Среднее/Mean	0,80	0,73	258,07	6,92
	<i>n</i>	44	44	44	13
	Стандартное отклонение/SD	0,795	0,899	190,627	5,220
Итого/Total	Среднее/Mean	0,64	0,61	220,40	8,70
	<i>n</i>	120	120	120	23
	Стандартное отклонение/SD	0,722	0,833	173,079	5,950

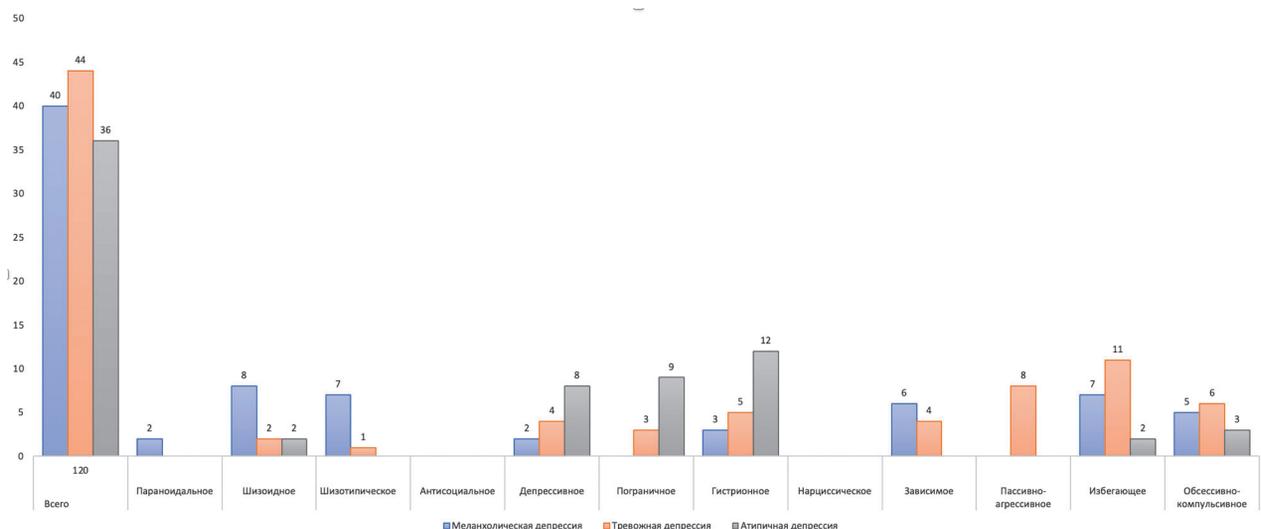
и показателя шкалы Холмса–Рея ( $\chi^2 = 7,981, p = 0,018$ ), количества браков ( $\chi^2 = 7,530, p = 0,023$ ), возраста пациента, когда его семья стала неполной ( $\chi^2 = 8,193, p = 0,017$ ), и количеством детей ( $\chi^2 = 4,818, p = 0,09$ ) (табл. 2). Наиболее значимой оказалась взаимосвязь тревожной депрессии и проживания в одиночестве ( $\chi^2 = 3,2; p = 0,05$ ), родовых травм ( $\chi^2 = 8,072; p = 0,004$ ) и курения ( $\chi^2 = 4,586; p = 0,032$ ). Кроме того, подтвердилась взаимосвязь меланхолической депрессии и родовых травм ( $\chi^2 = 10,54; p = 0,001$ ). (табл. 3).

Далее проверяли гипотезу о влиянии средовых и личностных факторов на тип депрессии с поправкой на результаты тяжести депрессии с учетом результатов по опроснику HDRS. В результате проверки гипотезы

выявлена взаимосвязь типа депрессии и баллов EPQ-N ( $\chi^2 = 5,942, p = 0,05$ ) для депрессии средней тяжести; возраста, когда семья стала неполной ( $\chi^2 = 2,778, p = 0,05$ ), баллов шкалы Холмса–Рея ( $\chi^2 = 4,912, p = 0,05$ ) для тяжелой депрессии. (табл. 4 и 5)

**ОБСУЖДЕНИЕ**

Целью нашего исследования была оценка роли личностных и средовых факторов в возникновении различных подтипов депрессии. В ходе проведенной работы мы выявили, что при меланхолическом подтипе депрессии преобладают акцентуированные черты



**Рис. 1.** Количественное распределение личностных акцентуаций по кластерам  
**Fig. 1** Quantitative distribution of personality accentuations in clusters

**Таблица 3.** Анализ взаимосвязи наличия тревожной/меланхолической депрессии и негативных средовых факторов при помощи таблиц сопряженности и  $\chi^2$   
**Table 3** Analysis of interrelations of anxious/melancholic depression and negative environmental factors using conjugacy tables and  $\chi^2$

		Тревожная депрессия/ Anxious Depression		Итого/ Total	$\chi^2$	p	Меланхолическая депрессия/ Melancholic depression		Итого/ Total	$\chi^2$	p
		нет	есть				нет	есть			
Баллы шкалы Холмса–Рей/ Holmes and Rahe Stress Scale score	Низкий стресс/Low stress	30	14	44	0,831	0,362	29	15	44	0,017	0,896
	Высокий стресс/High stress	46	30	76			51	25	76		
Итого/Total		76	44	120			80	40	120		
Семейное положение правильное/Marital status	Не в браке/Not married	51	24	75	2,613	0,106	49	27	76	0,522	0,470
	В браке/Married	25	20	45			31	13	44		
Итого/Total		76	44	120			80	40	120		
Проживание/living	Одинокое/Lonely	49	35	84	3,2	0,05	59	26	85	0,949	0,330
	Совместное/Live together	27	9	36			21	14	35		
Итого/Total		76	44	120			80	40	120		
Материальное положение родителей/ Income. of parents	Ниже среднего/Below average	10	7	17	0,172	0,678	12	5	17	0,176	0,675
	Среднее или выше/Average or higher	66	37	103			68	35	103		
Итого/Total		107	13	120			80	40	120		
Полная семья/ Complete family	Нет/ No	17	14	31	1,672	0,196	22	9	31	0,322	0,570
	Да/ Yes	59	30	89			58	31	89		
Итого/Total		76	44	120			80	40	120		
Роды/ Childbirth	Осложненные/complicated	20	3	23	8,072	0,004	9	14	23	10,54	0,001
	Нормальные/Normal	56	41	97			71	26	97		
Итого/Total		76	44	120			80	40	120		
Курение/Smoking	Курят/yes	29	25	54	4,586	0,032	40	14	54	2,676	0,102
	Не курят/No	47	19	66			40	26	66		
Итого/Total		76	44	120			80	40	120		
Алкоголь/Alcohol	Употребляют/ user	33	21	54	0,258	0,611	38	16	54	0,655	0,418
	Не употребляют/ no	43	23	66			42	24	66		
Итого/Total		76	44	120			80	40	120		
ПАВ/Psychoactive substances	Употребляют/ user	18	8	26	1,116	0,572	16	10	26	2,465	0,292
	не употребляют/ no	58	36	94			64	30	94		
Итого/Total		76	44	120			80	40	120		
ЧМТ/Traumatic brain injury	Было/Yes	19	7	26	1,445	0,229	16	10	26	0,512	0,474
	не Было/ No	57	37	94			64	30	94		
Итого/Total		76	44	120			80	40	120		
Неврологические заболевания/ Neurological disease	Были/Yes	13	5	18	0,957	0,328	10	8	18	1,149	0,284
	Не было/No	63	39	102			70	32	102		
Итого		54	44	120			80	40	120		

кластера А и С, при тревожном подтипе — черты кластера С, а пациенты с атипичным типом депрессии имеют акцентуации кластера В, что указывает на разные паттерны личностных особенностей и эмоциональных реакций, связанных с каждым из подтипов депрессии [17]. Результаты нашего исследования соотносятся

с уже опубликованными данными и дополняют их. Так, в исследовании С. Winograd-Gurvich и соавт. «меланхолический» подтип большой депрессии, характеризующийся наличием психомоторной заторможенности, а также утратой выразительности мимики, снижением реактивности, трудностями инициации, ангедонией

**Таблица 4.** Анализ взаимосвязи типа депрессии и средовых и личностных факторов с поправкой на тяжесть депрессии Н-критерием Краскела–Уоллиса

**Table 4** Analysis of depression type interrelation with environmental and personality factors adjusted with depression severity (Kruskal–Wallis test)

	Возраст неполной семьи	Общий балл по EPQ-N	Количество браков	Наличие детей	Общий балл по Шкале Холмса–Рея	Тяжесть депрессии
$\chi^2$	2,778	2,629	3,646	2,153	3,483	Крайне тяжелая депрессия
ст. св.	1	2	2	2	2	
Асимпт. знч.	<b>0,05</b>	0,269	0,162	0,341	0,175	
$\chi^2$		2,132	3,136	1,936	4,912	тяжелая степень депрессии
ст. св.		2	2	2	2	
Асимпт. знч.		0,344	0,208	0,38	<b>0,05</b>	
$\chi^2$	2,267	5,942	0,778	0,376	1,41	депрессия средней тяжести
ст. св.	2,000	2,000	2,000	2,000	2,000	
Асимпт. знч.	0,322	<b>0,05</b>	0,678	0,829	0,494	
$\chi^2$	2,700	,614	3,144	3,193	1,263	легкая депрессия
ст. св.	2	2	2	2	2	
Асимпт. знч.	0,259	0,736	0,208	0,203	0,532	

**Таблица 5.** Средние значения

**Table 5** The average values

Тип депрессии/ Depression type		Балл шкалы Холмса–Рея (для тяжелой депрессии)/Holmes and Rahe Stress Scale score for severe depression)	Возраст, когда семья стала неполной (для тяжелой депрессии)/ Age of incomplete family (for severe depression)	Общий балл по EPQ-N (для средней тяжести депрессии)/EPQ-N Score for moderate depression
Атипичная/Atypic	Среднее/Mean	<b>17,00</b>	N/R	<b>8,33</b>
	<i>n</i>	2		3
	Стандартное отклонение/SD	24,042		2,082
Меланхолическая/ Melancholic	Среднее/Mean	<b>210,75</b>	N/R	<b>10,10</b>
	<i>n</i>	8		10
	Стандартное отклонение/SD	186,087		1,287
Тревожная/Anxious	Среднее/Mean	<b>246,58</b>	<b>4,25</b>	<b>7,25</b>
	<i>n</i>	12	4	8
	Стандартное отклонение/SD	107,654	4,717	2,964
Итого/Total	Среднее/Mean	212,68	4,25	8,76
	<i>n</i>	22	4	21
	Стандартное отклонение/SD	148,141	4,717	2,468

и нарушениями внимания, имеет значительное сходство с негативными симптомами шизофрении и чаще встречается у пациентов с акцентуациями в кластере А [18].

Некоторые авторы также указывают, что сильными предикторами депрессивных расстройств являются расстройства личности из кластера С (кластера «тревоги/страха»), в первую очередь избегающее и зависимое расстройства личности [19, 20]. Результаты нашего исследования в свою очередь показали, что такая ассоциация выявляется лишь в случае тревожного типа депрессии. Похожая взаимосвязь была описана в исследовании D.C. van der Veen и соавт. [21]. Авторами обнаружено, что развитие тревожной депрессии в позднем возрасте связано преимущественно с недавними жизненными событиями, но только

у пациентов с высоким уровнем нейротизма, низким уровнем открытости опыту и осознанности. В исследовании K.S. Kendler и соавт. демонстрируется мультипликативная модель, согласно которой нейротизм, вероятно, влияет на риск развития депрессивных заболеваний двумя различными способами [22]. Во-первых, при любом уровне воздействия стресса нейротизм напрямую повышает риск заболевания. Во-вторых, он модулирует патогенное воздействие стресса. В представлении авторов лица с низким уровнем нейротизма гораздо менее чувствительны к воздействию неблагоприятных факторов, чем личности с высоким уровнем нейротизма.

Полученные в настоящем исследовании данные согласуются с опубликованными ранее клиническими работами, в которых была доказана ассоциация между

конституционально-личностным предрасположением и формированием тревожного фенотипа униполярной депрессии [23].

Особый интерес представляют данные относительно атипичной депрессии (АтД), в связи с имеющимися характерными отличиями в клиническом проявлении. D. Greumand-Heits и соавт. отмечают, что пациенты с АтД чаще страдают пограничным расстройством личности (кластер В) [24], это подтверждается данными нашего исследования, где пациенты кластера В составляли 81% от выборки пациентов с АтД. Результаты исследования G. Perugi и соавт. позволяют предположить, что «атипичность» депрессии связана с аффективной дисрегуляцией темперамента, что может объяснить, почему пациентам с АтД часто ставят диагноз пограничного расстройства личности (ПРЛ) [25]. Выявленные различия по представленности различных акцентуаций способствуют лучшему пониманию патогенеза отдельных подтипов течения и персонализации терапевтических подходов [26].

Несмотря на большое количество исследований, доказывающих роль средовых и личностных факторов в развитии депрессии, недостаточно исследованы корреляции отдельных признаков при разных типах депрессии. Наши результаты показали, что тревожный тип депрессии имеет взаимосвязь с проживанием в одиночестве, наличием родовых травм и курением в анамнезе. Меланхолический тип, в свою очередь, оказался связан напрямую лишь с наличием родовых травм в анамнезе, что подтверждает данные других исследований [27, 28].

В проведенном исследовании не было выявлено статистически значимой взаимосвязи АтД со средовыми факторами, что может быть обусловлено маленькой выборкой и дефицитом анамнестических сведений. В зарубежной научной литературе существует мнение, что АтД может возникать в качестве реакции декомпенсации в ответ на стрессогенные факторы [29]. Так, исследование A. Brailean и соавт. показывает, что пациенты с АтД чаще были курильщиками, испытывали социальную изоляцию и одиночество, реже занимались умеренной физической активностью, чем пациенты с депрессивным расстройством без атипичных черт [30]. Показано, что пациенты с атипичной депрессией чаще сталкивались с различными неблагоприятными событиями в течение жизни, включая эмоциональное, физическое и сексуальное насилие в детстве и во взрослой жизни, финансовые трудности и катастрофические травмы [30, 31]. Это свидетельствует о значительном влиянии психотравмирующих событий на развитие депрессивных расстройств всех типов.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В результате проведенного исследования установлено, что личностные и средовые факторы играют значимую роль в формировании подтипов униполярной

депрессии. Выявленные акцентуации личностных черт в разных клинических группах определяют особенности эмоциональных и поведенческих реакций пациентов в зависимости от типа депрессии. Кроме того, определенные социо-демографические параметры, такие как структура семьи и число детей, проживание в одиночестве, родовые травмы и курение также оказались связанными с вариантами депрессивного расстройства. Эти факторы могут служить индикаторами для клиницистов при разработке более эффективных стратегий вмешательства и поддержки пациентов и открывают новые перспективы для персонализированного подхода в диагностике и лечении депрессивных расстройств.

## СПИСОК ИСТОЧНИКОВ/REFERENCES

1. Петелин ДС, Волель БА. Современные подходы к диагностике и терапии монополярной депрессии. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2023;123:33–41. doi: 10.17116/jnevro202312310133 Petelin DS, Volel' BA. Recent approaches to the diagnosis and therapy of monopolar depression. *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*. 2023;123(10):33–41. (In Russ.). doi: 10.17116/jnevro202312310133
2. Вертоградова ОП. Возможные подходы к типологии депрессий. *Депрессия (психопатология, патогенез)*. М., 1980:9–16. Vertogradova OP. Vozmozhnye podhody k tipologii depressij. *Depressiya (psihopatologiya, patogenez)*. М., 1980:9–16. (In Russ.).
3. Ахапкин РВ, Файзуллоев АЗ. Структура когнитивных нарушений у больных с непсихотическими депрессивными расстройствами. *Кремлевская медицина. Клинический вестник*. 2020;3:54–64. Ahapkin RV, Fajzullov AZ. The structure of cognitive impairments in patients with non-psychotic depressive disorders *Cremlin medicine. Clinical Bulletin*. 2020;3:54–64. (In Russ.).
4. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2013.
5. Cai N, Revez JA, Adams MJ, Andlauer TFM, Breen G, Byrne EM, Clarke TK, Forstner AJ, Grabe HJ, Hamilton SP, Levinson DF, Lewis CM, Lewis G, Martin NG, Milaneschi Y, Mors O, Müller-Myhsok B, Penninx BWJH, Perlis RH, Pistis G, Potash JB, Preisig M, Shi J, Smoller JW, Streit F, Tiemeier H, Uher R, Van der Auwera S, Viktorin A, Weissman MM; MDD Working Group of the Psychiatric Genomics Consortium; Kendler KS, Flint J. Minimal phenotyping yields genome-wide association signals of low specificity for major depression. *Nat Genet*. 2020;52(4):437–447. doi: 10.1038/s41588-020-0594-5
6. Alhajji L, Nemeroff CB. Personalized Medicine and Mood Disorders. *Psychiatr Clin North Am*.

- 2015;38(3):395–403. doi: 10.1016/j.psc.2015.05.003  
Epub 2015 Jun 20. PMID: 26300030.
7. Толоконин АО, Петелин ДС, Анпилогова ЕМ, Волель БА. Оценка роли психотравм в развитии различных групп заболеваний: пилотное онлайн-исследование. *Социальная и клиническая психиатрия*. 2023;33(4):31–38. doi: 10.34757/0869-4893.2023.33.4.004  
Tolokonin AO, Petelin DS, Anpilogova EM, Volel BA. The assessment of psychotrauma's role in the development of different kinds of diseases: a pilot online study. *Social and Clinical Psychiatry*. 2023;33(4):31–38. (In Russ.). doi: 10.34757/0869-4893.2023.33.4.004
  8. Мосолов СН. Современные биологические гипотезы рекуррентной депрессии (обзор). *Журнал неврологии и психиатрии им С.С. Корсакова*. 2012;112:29–40.  
Mosolov SN. Current biological hypotheses of recurrent depression (review). *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*. 2012;112(11-2):29–40. (In Russ.).
  9. Galiutdinova A, Dolgoplova I, Troshina D, Petelin D, Volel B. The Association of Genetic Polymorphisms and Atypical Depression in Adults: A Systematic Review. *Clin Neuropsychiatry*. 2024;21(5):376–384. doi: 10.36131/cnfiortieditore20240503
  10. Golimbet VE, Volel' BA, Dolzhevik AV, Korovaitseva GI, Isaeva MI. Association of 5-HTR2A and 5-HTR2C serotonin receptor gene polymorphisms with depression risk in patients with coronary heart disease. *Bull Exp Biol Med*. 2014;156(5):680–3. doi: 10.1007/s10517-014-2424-1
  11. Краснов ВН, Крюков ВВ, Трущелев СА. Психосоциальный патоморфоз депрессий. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. Спецвыпуски. 2023;123(11-2):30–37. doi: 10.17116/jnevro202312311230  
Krasnov VN, Kryukov VV, Trushchelev SA. Psychosocial pathomorphosis of depressions. *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*. 2023;123:30. (In Russ.). doi: 10.17116/jnevro202312311230
  12. Рукавишников ГВ, Касьянов ЕД, Шишковская ТИ, Олейчик ИВ, Незнанов НГ, Кибитов АО, Мазо ГЭ. Взаимосвязь ангедонии с коморбидными психическими расстройствами, суицидальностью и чертами личности у пациентов с депрессией. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. Спецвыпуски. 2023;123(11-2):85–91. doi: 10.17116/jnevro20231231128513  
Rukavishnikov GV, Kasyanov ED, Shishkovskaia TI, Oleichik IV, Neznanov NG, Kibitov AO, Mazo GE. Association of anhedonia with comorbid mental disorders, suicidality and personality traits in patients with depression. *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*. 2023;123(11-2):85–91. (In Russ.). doi: 10.17116/jnevro20231231128513
  13. Eysenck HJ, Eysenck SBG. Manual of the Eysenck Personality Scales (EPS Adult), Comprising the EPQ-revised ((EPQ-R) (including Addiction and Criminology Scales) EPQ-R Short Scale Impulsiveness (IVE) Questionnaire (impulsiveness/venturesomeness/empathy). Hodder and Stoughton 1991.
  14. Holmes TH, Rahe RH. The social readjustment rating scale. *J Psychosom Res*. 1967;11:213–8. doi: 10.1016/0022-3999(67)90010-4
  15. Ryder AG, Costa PT, Bagby RM. Evaluation of the SCID-II Personality Disorder Traits for DSM-IV: Coherence, Discrimination, Relations With General Personality Traits, and Functional Impairment. *J Pers Disord*. 2007;21:626–37. doi: 10.1521/pedi.2007.21.6.626
  16. Hamilton M. A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1960;23:56–62. doi: 10.1136/jnnp.23.1.56
  17. Трошина ДВ, Волель БА, Сыркина ЕА. Стресс-индуцированная фибрилляция предсердий. *Журнал неврологии и психиатрии им СС Корсакова*. 2019;119(1):6–13. doi: 10.17116/jnevro20191190116  
Troshina DV, Volel' BA, Syrkinia EA. Stress-induced atrial fibrillation. *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*. 2019;119(1):6–13. (In Russ.). doi: 10.17116/jnevro20191190116
  18. Winograd-Gurvich C, Fitzgerald PB, Georgiou-Karistianis N, Bradshaw JL, White OB. Negative symptoms: A review of schizophrenia, melancholic depression and Parkinson's disease. *Brain Res Bull*. 2006;70(4–6):312–21. doi: 10.1016/j.brainresbull.2006.06.007
  19. Kitamura T, Cloninger CR, Fossati A, Richter J. Temperament and character domains of personality and depression 2012. *Depress Res Treat*. 2012;2012:946725. doi: 10.1155/2012/946725
  20. Sanderson WC, Wetzler S, Beck AT, Betz F. Prevalence of personality disorders in patients with major depression and dysthymia. *Psychiatry Res*. 1992;42(1):93–9. doi: 10.1016/0165-1781(92)90042-2
  21. van der Veen DC, van Dijk SDM, Comijs HC, van Zelst WH, Schoevers RA, Oude Voshaar RC. The importance of personality and life-events in anxious depression: from trait to state anxiety. *Ageing Ment Health*. 2017;21(11):1177–1183. doi: 10.1080/13607863.2016.1202894
  22. Kendler KS, Gatz M, Gardner CO, Pedersen NL. Personality and major depression: a Swedish longitudinal, population-based twin study. *Arch Gen Psychiatry*. 2006;63(10):1113–20. doi: 10.1001/archpsyc.63.10.1113
  23. Смуглевич АБ, Дубницкая ЭБ, Читлова ВВ. Тревожная депрессия: проблема типологии и конституционального предрасположения. *Журнал неврологии и психиатрии им СС Корсакова*. 2013;113(1):56–68.  
Smulevich AB, Dubnickaya EB, Chitlova VV. Anxious depression: problem of typology and constitutional predisposition. *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*. 2013;113(1):56–68. (In Russ.).
  24. Gremaud-Heitz D, Riemenschneider A, Walter M, Sollberger D, Küchenhoff J, Dammann G. Comorbid atypical depression in borderline personality disorder is

- common and correlated with anxiety-related psychopathology. *Compr Psychiatry*. 2014;55(3):650–6. doi: 10.1016/j.comppsy.2013.11.021
25. Perugi G, Fornaro M, Akiskal HS. Are atypical depression, borderline personality disorder and bipolar II disorder overlapping manifestations of a common cyclothymic diathesis? *World Psychiatry*. 2011;10:45–51. doi: 10.1002/j.2051-5545.2011.tb00013.x
  26. Волель БА, Терновоя ЕС, Ермушева АА, Сыркина ЕА. Личностные и психические расстройства у пациентов с артериальной гипертензией (обзор литературы). *Психические расстройства в общей медицине*. 2013;23–9. Volel' BA, Ternovaya ES, Ermusheva AA, Syrkina EA. Personality and mental disorders in patients with arterial hypertension (review). *Psihicheskie rasstrojstva v obshchej medicine*. 2013;23–9. (In Russ.).
  27. Fluharty M, Taylor AE, Grabski M, Munafò MR. The Association of Cigarette Smoking With Depression and Anxiety: A Systematic Review. *Nicotine Tob Res*. 2017;19(1):3–13. doi: 10.1093/ntr/ntw140
  28. Huang M, Liu K, Liang C, Wang Y, Guo Z. The relationship between living alone or not and depressive symptoms in older adults: a parallel mediation effect of sleep quality and anxiety. *BMC Geriatr*. 2023;23(1):506. doi: 10.1186/s12877-023-04161-0
  29. Тювина НА, Вербицкая МС, Столярова АЕ. Атипичная депрессия: критерии выделения, систематика, подходы к терапии. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2020;12:98–103. doi: 10.14412/2074-2711-2020-2-98-103 Tyuvina NA, Verbickaya MS, Stolyarova AE. Atypical depression: selection criteria, systematics, approaches to therapy. *Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2020;12:98–103. (In Russ.). doi: 10.14412/2074-2711-2020-2-98-103
  30. Brailean A, Curtis J, Davis K, Dregan A, Hotopf M. Characteristics, comorbidities, and correlates of atypical depression: evidence from the UK Biobank Mental Health Survey. *Psychol Med*. 2020;50(7):1129–1138. doi: 10.1017/S0033291719001004
  31. Matza LS, Revicki DA, Davidson JR, Stewart JW. Depression with atypical features in the National Comorbidity Survey: classification, description, and consequences. *Arch Gen Psychiatry*. 2003;60(8):817–26. doi: 10.1001/archpsyc.60.8.817

### Сведения об авторах

*Айсылу Наильовна Галяутдинова*, врач-психиатр, ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, Россия

[ausylyu.gamirova@gmail.com](mailto:ausylyu.gamirova@gmail.com); <https://orcid.org/0000-0002-9543-4041>

*Ксения Константиновна Бортникова*, ординатор, кафедра психиатрии и психосоматики, ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, Россия

[ksun22055@gmail.com](mailto:ksun22055@gmail.com); <https://orcid.org/0009-0005-9311-3921>

*Валентина Александровна Седелкова*, врач-психиатр, старший лаборант, кафедра психиатрии и наркологии, ИКМ, ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, Россия

[Seделkova\\_v\\_a@staff.sechenov.ru](mailto:Seделkova_v_a@staff.sechenov.ru); <https://orcid.org/0000-0003-0569-6898>

*Валерия Игоревна Закуражная*, младший научный сотрудник, отдел шизофрении и других первично психотических расстройств, Научно-клинический исследовательский центр нейропсихиатрии, ГБУЗ «ПКБ № 1 им. Н.А. Алексеева ДЗМ», Москва, Россия

[savva9806@yandex.ru](mailto:savva9806@yandex.ru); <https://orcid.org/0000-0002-8381-5445>

*Анна Юрьевна Морозова*, кандидат медицинских наук, руководитель отдела, отдел исследований шизофрении и других первично психотических расстройств, Научно-клинический исследовательский центр нейропсихиатрии, ГБУЗ «ПКБ № 1 им. Н.А. Алексеева ДЗМ», старший научный сотрудник, отдел фундаментальной и прикладной нейробиологии, НМИЦ ПН им. В.П. Сербского Минздрава России, Москва, Россия

[hakurate77@gmail.com](mailto:hakurate77@gmail.com); <https://orcid.org/0000-0002-8681-5299>

*Дмитрий Сергеевич Петелин*, кандидат медицинских наук, врач-психиатр, психотерапевт, ассистент, кафедра психиатрии и психосоматики, ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, Россия

[petelinhome1@yandex.ru](mailto:petelinhome1@yandex.ru); <https://orcid.org/0000-0002-2228-6316>

*Юлия Гулямовна Тихонова*, доктор медицинских наук, профессор, кафедра психиатрии и наркологии, ИКМ, ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, Россия

[tikhonova\\_yu\\_g@staff.sechenov.ru](mailto:tikhonova_yu_g@staff.sechenov.ru); <https://orcid.org/0000-0001-6071-2796>

*Марина Аркадьевна Кинкулькина*, доктор медицинских наук, профессор, член-корр. РАН, заведующая кафедрой, кафедра психиатрии и наркологии, Институт клинической медицины, ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, Россия

kinkulkina\_m\_a@staff.sechenov.ru; <https://orcid.org/0000-0001-8386-758X>

*Беатриса Альбертовна Волель*, доктор медицинских наук, профессор, директор, Институт клинической медицины им. Н.В. Склифосовского, ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), ведущий научный сотрудник, ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия

volel\_b\_a@staff.sechenov.ru; <https://orcid.org/0000-0003-1667-5355>

#### **Information about authors**

*Aysylu N. Galyautdinova*, Psychiatrist, Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), Moscow, Russia

aysylu.gamirova@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0002-9543-4041>

*Ksenia K. Bortnikova*, Resident, Psychiatry and Psychosomatics Department, Sechenov University, Moscow, Russia

ksun22055@gmail.com; <https://orcid.org/0009-0005-9311-3921>

*Valentina A. Sedelkova*, Psychiatrist, Laboratory Assistant, Psychiatry and Narcology Department, Clinical Medicine Institute, Sechenov University, Moscow, Russia

Sedelkova\_v\_a@staff.sechenov.ru; <https://orcid.org/0000-0003-0569-6898>

*Valeria I. Zakurazhnaya*, Researcher, Department of schizophrenia and first attack of psychosis, Neuropsychiatry Research Center, N.A. Alekseyev Psychiatric Hospital No. 1, Senior Researcher, Serbsky National Medical Research Center for Psychiatry and Narcology, Moscow, Russia

savva9806@yandex.ru; <https://orcid.org/0000-0002-8381-5445>

*Anna Yu. Morozova*, Cand. Sci. (Med.), Head of Department, Department of schizophrenia and first attack of psychosis, Neuropsychiatry Research Center, N.A. Alekseyev Psychiatric Hospital No. 1, Senior Researcher, Department of Fundamental and Applied Neuroscience, Serbsky National Medical Research Center for Psychiatry and Narcology, Moscow, Russia

hakurate77@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0002-8681-5299>

*Dmitry S. Petelin*, Cand. Sci. (Med.), Assistant, Psychiatry and Psychosomatics Department, Sechenov University, Moscow, Russia

petelinhome1@yandex.ru; <https://orcid.org/0000-0002-2228-6316>

*Yulia G. Tihonova*, Dr. Sci. (Med.), Professor, Psychiatry and Narcology Department, Clinical Medicine Institute, Sechenov University, Moscow, Russia

tikhonova\_yu\_g@staff.sechenov.ru; <https://orcid.org/0000-0001-6071-2796>

*Marina A. Kinkul'kina*, Dr. Sci. (Med.), Professor, Corresponding Member of RAS, Head of Department, Psychiatry and Narcology Department, Clinical Medicine Institute, Sechenov University, Moscow, Russia

kinkulkina\_m\_a@staff.sechenov.ru; <https://orcid.org/0000-0001-8386-758X>

*Beatrisa A. Volel*, Dr. Sci. (Med.), Professor, Director, Clinical Medicine Institute, Sechenov University, Leading Researcher, FSBSI Mental Health Research Centre, Moscow, Russia

volel\_b\_a@staff.sechenov.ru; <https://orcid.org/0000-0003-1667-5355>

#### **Вклад авторов**

*Галяутдинова А.Н.* — проведение исследования, верификация данных, администрирование данных, создание черновика рукописи, создание рукописи и ее редактирование;

*Бортникова К.К.* — проведение исследования;

*Седелкова В.А.* — проведение исследования;

*Закуражная В.И.* — проведение исследования;

*Морозова А.Ю.* — ресурсы;

*Петелин Д.С.* — концептуализация, методология, верификация данных, формальный анализ, создание черновика рукописи, создание рукописи и ее редактирование;

*Тихонова Ю.Г.* — ресурсы;

*Кинкулькина М.А.* — ресурсы;

*Волель Б.А.* — концептуализация, методология, ресурсы, руководство исследованием, администрирование проекта.

**Authors' contribution**

*Aysylu N. Galyautdinova* — investigation, validation, data curation, writing — original draft, writing — review & editing;

*Ksenia K. Bortnikova* — investigation;

*Valentina A. Sedelkova* — investigation;

*Valeria I. Zakurazhnaya* — investigation;

*Anna Yu. Morozova* — resources;

*Dmitry S. Petelin* — conceptualization, methodology, validation, formal analysis, writing — original draft, writing — review & editing;

*Yulia G. Tihonova* — resources;

*Marina A. Kinkul'kina* — resources;

*Beatrisa A. Volel* — conceptualization, methodology, resources, supervision, project administration.

*Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.*

*The authors declare no conflict of interest.*

Дата поступления 24.12.2024 Received 24.12.2024	Дата рецензирования 20.01.2025 Revised 20.01.2025	Дата принятия к публикации 24.03.2025 Accepted for publication 24.03.2025
--	--	--